SOKOTOK, NIEŻYT KWAŚNY
I WRZÓD ŻOŁĄDKA.

WEDŁUG SPOSTRZEŻEŃ I BADAŃ USKUTECZNIONYCH W KLINICE PROF. KORCZYŃSKIEGO

PRZEDSTAWIŁ

W. JAWORSKI

Docent Uniw. Jagiellońskiego.

Odbitka z Gazety Lekarskiej 1888 r.

WARSZAWA
Druk K. Kowalewskiego, Królewska 29.

1888.

SOKOTOK, NIEŻYT KWAŚNY
I WRZÓD ŻOŁĄDKA.

WEDŁUG SPOSTRZEŻEŃ I BADAŃ USKUTECZNIONYCH W KLINICE PROF. KORCZYŃSKIEGO

PRZEDSTAWIŁ

W. JAWORSKI

Docent Uniw. Jagiellońskiego.

Odbitka z Gazety Lekarskiej 1888 r.

WARSZAWA
Druk K. Kowalewskiego, Królewska 29.

1888.

Дозволено Цензурою
Варшава, 21 Iюня 1888 года.

Jeżeli zestawimy wyniki badań znaczniejszej liczby chorych na sokotok żołądkowy Reichmana, polegający na trwałem wydzielaniu kwasu solnego, to dostrzeżemy, że między pojedynczemi przypadkami istnieją bardzo znaczne różnice. Wprawdzie wszystkie mają to wspólne znamię, że w żołądku czczym, wolnym od pokarmów, napotykamy mniejszą lub większą ilość soku żołądkowego, zawierającego kwas solny, lecz co do innych szczegółów zachodzi tak odmienne zachowanie się, że ze względu na przebieg, rokowanie i leczenie trudno jest uważać je jako jednę i tę samą postać chorobową. Różnice dają się łatwo dostrzegać tak w charakterze przypadłości, zwanych gastrycznemi, jako też w zachowaniu się czczej zawartości żołądkowej pod względem chemicznym i drobnowidzowym. Obserwując, o ile możności dokładnie, znaczniejszą liczbę przypadków sokotoku żołądkowego na klinice prof. Korczyńskiego, mogłem zauważyć między niemi pewne właściwości, które poniżej przytoczyć zamierzam.

A. Aczkolwiek nigdy nie możemy z wywiadów i objawów podmiotowych gastrycznych wnioskować na pewno o jakości zmian patologicznych żołądka, to przecież w przypadkach trwałego wydzielania soku żołądkowego znajdujemy w opowiadaniu przez chorych o przypadłościach gastrycznych tę różnicę, że jedni chorzy skarżą się prawie tylko na przypadłości ze strony żołądka, umiejscawiają je przeważnie w żołądku i przedstawiają je jako występujące ze znacznem natężeniem w postaci bólów, gniecenia, palenia, zgagi, nadmiernego pragnienia lub łaknienia i t. p.. Wzmaganie się tych objawów przypada zwykle na czas późniejszy trawienia, t. j. po południu lub w nocy. Obok tych przypadłości czysto gastrycznych istnieją wprawdzie równocześnie dolegliwości i w innych okolicach ciała, lecz mają one, według słów chorych, w porównaniu z pierwszemi podrzędne znaczenie. Przeciwnie, w innym szeregu chorych cierpiących na trwałe wydzielanie soku żołądkowego, odnoszą chorzy wprawdzie swoje dolegliwości również do żołądka, ale tak wyraźnie ich określić nie umieją, jak to było w pierwszych przypadkach. Opowiadają tylko ogólnikowo, że mają w żołądku uczucie ciepła lub zimna, mrowienia, chodzenia obcego ciała [niekiedy „robaka“] po żołądku lub jelitach, pełność, gniecenie, niesmak w ustach, wielokrotnie brak ła-

knienia i t. p., natomiast w wysokim stopniu dokuczliwe dla nich bywają różnego rodzaju uczucia, występujące w najodleglejszych częściach ciała, jako to: bóle, mrowienie, uczucie zimna lub ciepła, dreszcze, ciężkość, rwanie.

Najczęściej zajmują tego rodzaju zboczenia czuciowe okolicę czołową, potem kończyny dolne i górne, a nareszcie okolicę lędźwiową i grzbiet. Te, wogóle co do trwania i natężenia bardzo zmienne dolegliwości, są według zdania chorych zależne od jakości pokarmów albo od trawienia żołądkowego w ogólności. Naczczo czują się chorzy zwykle dobrze, nie doznają tych dolegliwości, dopiero po napełnieniu żołądka, mianowicie w godzinach poobiednich, w całej pełni się one pojawiają. Niektórzy chorzy podają, że tylko pewne pokarmy, np. chleb, mleko, kawa, zupy kwaśne, wino i t. d. wywołują u nich dolegliwości tak ze strony żołądka jak i oddalonych części ciała. Napotykamy więc jeden szereg chorych, u których należałoby, według danych anamnestycznych, przypuścić ściśle miejscowe cierpienie żołądka, a drugi, w którym cierpienie żołądka zdaje się wywoływać podrażnienie w układzie nerwowym, a mianowicie w sferze czuciowej, rozmaitemi postaciami nadczułości się objawiające.

B. Badając w przypadkach trwałego wydzielania kwasu solnego sok żołądka czczego, który przy drobnowidzowem badaniu nie przedstawia żadnych resztek pokarmów, a po wypłukaniu eterem żadnego kwasu organicznego, dostrzeżemy w pojedynczych przypadkach odmienne zachowanie się chemiczne co się tyczy kwasu solnego, trawienia, peptonów i ciał białkowatych.

a) W wielu przypadkach przesącz czczego soku żołądkowego daje oddziaływania barwnikowe na kwas solny zupełnie tego samego natężenia, jak gdyby to był rozczyn wodny czystego kwasu solnego, i dozwala wykazać te oddziaływania po rozcieńczeniu go wodą do kwaśności, przy jakiej jeszcze w czystym rozczynie kwasu solnego udaje się je wyśledzić. I tak nie widziałem w wielu przypadkach żadnej różnicy w zachowaniu się soku żołądkowego a kwasu solnego rozcieńczonego do tej samej granicznej kwaśności pod względem wpływu na barwniki przezemnie używane. Bez różnicy czy to był kwas solny, czy sok żołądkowy rozcieńczony, wynosiła graniczna kwaśność dla papierków tropeolinowyh na zimno 3,5 = 0,127 *p. m.* HCl, a przy ogrzewaniu tychże 1,5 = 0,055 *p. m.*; dla barwnika fijołkowego anilinowego 2,5 — 3,0 = 0,091 — 0,109 *p. m.*; dla papierków kongowych 0,4 = 0,017 *p. m.*; dla rozczynu floroglucynowanilinowego 0,25 = 0,0091 *p. m.*. Przy silniejszych rozcieńczeniach tak kwasu solnego jako też soku żołądkowego, nie otrzymano już żadnej zmiany barwy odczynnika, która by wskazywała na obecność kwasu solnego, chociaż papierki lakmusowe jeszcze wyraźnie wskazywały, że rozczyn jest kwaśny.

Siła trawiąca w tych przypadkach okazała się znaczną, gdyż trawienie sztuczne krążka białka przebiegało stosownie do stopnia kwaśności od półtorej do kilku godzin.

Oddziaływania na peptony przy użyciu siarczanu miedzi i ługu potasowego albo wcale dostrzedz nie można było, albo zaledwie tylko ślad różowawego zabarwienia występował. Podobnie i kwas octowy z żelazosinkiem potasu nie wykazywał obecności ciał białkowatych.

Mamy tu więc do czynienia z kwasem solnym zupełnie wolnym. Musimy te zawartości żołądka uważać jako czyste soki żołądkowe, będące produktem jedynie tylko czynności gruczołów trawieńcowych.

b) Zupełnie odmiennie przedstawia się sok żołądkowy czczy w niektórych rzadkich przypadkach. Pomimo braku śladu pokarmów jakoteż kwasów organicznych, wykazuje przesącz silne oddziaływanie na lakmus, znaczniejszy stopień kwaśności, lecz żadnym barwnikiem oddziaływania na kwas solny otrzymać nie można, nawet tak czystym odczynnikiem, jakim jest rozczyn floroglucyno-wanilinowy.

Trawienie sztuczne również jest zniesione. Następuje ono dopiero po dodaniu kwasu solnego. I to należy tegoż tyle kropel dodać aż wystąpi oddziaływanie na kwas solny przy użyciu barwników, najlepiej papierków tropeolinowych. W mniejszej ilości dodany kwas solny trawienia sztucznego nie wywoła.

Mamy wobec tych zjawisk do czynienia z kwasem solnym, lecz nie wolnym, ale utajonym. Tego rodzaju przypadki zdarzało mi się względnie częściej napotkać, kiedy były w użyciu mniej czułe odczynniki barwnikowe. Obecnie od czasu pojawienia się rozczynu floroglucyno-wanilinowego miałem tylko jeden przypadek utajonego kwasu solnego, który dotyczył 21-letniej niedokrwistej dziewczyny, skarżącej się od dwóch lat na dolegliwości ze strony żołądka. W trzech badaniach można było na czczo wydobyć 25—35 ctm. silnie opalizującej zawartości żołądka ze strzępami białemi, ale wolnej od pokarmów. Kwaśność tychże wynosiła 10—16 = 0,365 — 0,584 *p. m.* HCl. Oddziaływania na wolny kwas solny albo kwasy organiczne otrzymać nie można było. Trawienie dopiero po zakwaszeniu kwasem solnym występowało.

c) Względnie najczęściej napotykamy przypadki trwałego wydzielania kwasu solnego z następującemi właściwościami. Badanie przesączu czczego soku żołądkowego barwnikami na kwas solny wykazuje, pomimo wysokiego stopnia kwaśności, oddziaływanie o wiele słabsze niż rozczyn czystego kwasu solnego o tej samej kwaśności, o czem najlepiej przez porównanie próbne obu rozczynów przekonać się można.

Trawienie sztuczne trwa różnie. Przy mniejszych stopniach kwaśności trwa dłużej i do 24 godzin, przy wyższych przebiega już w kilku godzinach.

Oddziaływanie na peptony jest zawsze bardzo wydatne, a w wielu przypadkach wskazuje opalizacyja, otrzymana za pomocą kwasu octowego i żelazosinku potasu, na obecność ciał białkowatych.

W tych przypadkach mamy kwas solny po części wolny [działający], a po części utajony. Ile z kwasu solnego jest wolnego, a ile utajonego, możemy w przypadkach, gdzie ilość utajonego wynosi przynajmniej $\frac{1}{3}$ część całkowitej kwaśności, ocenić przez rozcieńczenie badanego przesączu aż do tego stopnia, kiedy odddziaływanie za pomocą barwników na kwas solny jeszcze występuje. Kwaśność tego rozcieńczonego soku wypadnie zawsze większa, niż graniczna kwaśność podana wyżej dla rozczynów czystego kwasu solnego. Do ocenienia utajonego kwasu solnego najlepiej nadaje się barwnik fijołkowy anilinowy, który dla czystego kwasu solnego ma graniczną kwaśność 2,5 = 0,091 *p. m.*.

W razie obecności utajonego kwasu solnego, kwaśność ta będzie tem większą, im więcej takiego kwasu znajdowało się, gdyż wystąpienie zabarwienia niebieskiego sprawia właśnie tylko zawartość 0,091 *p. m.* = 2,5 wolnego kwasu solnego, a co nadto kwasu w przesączu się znajduje, przypada na utajony kwas solny.

Rozcieńczanie przesączu do dowolnej kwaśności K_2 uskutecznia się podług równania $SK_1 = [S+w]K_2$ czyli $w = \frac{K_1-K_2}{K_2} S$; gdzie S oznacza ilość ctm. sześciennych pierwotnego soku żołądkowego o kwaśności K_1, a mającego być rozcieńczonym do kwaśności K_2, zaś *w* ilość ctm. sześciennych wody przekroplonej, mającej być dodaną do soku żołądkowego S. Gdybyśmy np. mieli 5 ctm^3 soku żołądkowego o kwaśności 24 rozcieńczyć do kwaśności 3, to ilość dodanej wody wynosiłaby $\frac{24-3}{3} \times 5 = 35$ $ctm.^3$

Z wyżej przytoczonych faktów wynika, że przy trwałem wydzielaniu kwasu solnego napotykamy soki żołądkowe czcze z zupełnie wolnym i z zupełnie albo częściowo utajonym kwasem solnym.

Z powodu powyższego zachowania się kwasu solnego w soku żołądkowym, jakoteż obecności innych kwasów organicznych i połączeń kwaśnych w miazdze pokarmowej, które to kwaśne ciała razem biorąc wpływają wspólnie na wysokość stopnia kwaśności, sposób wyrażania liczebnego kwaśności zawartości żołądkowej, używany w fizyjologii, a odniesiony ryczałtem do kwasu solnego, jak np. liczba 0,4816 *p. m.* HCl jest dla celów klinicznych nietylko nieracyjonalnym, ale z powodu ułamkowych liczb wielce niedogodnym. I sądzę, że bez przesądzania jakości kwasów, racyjonalniej i dogodniej będzie, oznaczać kwaśność odsetkami zużytych $ctm.^3$ $^1/_{10}$ normalnego ługu. I tak np. użycie liczby 50 dla oznaczenia kwasności będzie stosowniejsze, niż przez obliczenie otrzymanej liczby ułamkowej 0,3655 *p. m.* HCl.

C. Nie mniej wybitne różnice przedstawia sok żołądkowy w przypadkach trwałego wydzielania kwasu solnego pod względem morfotycznym.

Już drobnowidzowo przedstawia się w jednym szeregu przypadków sok przezroczystym lub tylko opalizującym, podczas gdy we wielu innych otrzymujemy z żołądka czczego większą ilość zawartości mętnej, białawej, z licznemi strzępami białemi, albo zielonawej ze strzępami białemi i żółtemi, pomimo, że drobnowidz żadnych resztek pokarmów nie wykazuje.

Badając strzępy lub osad ze soku żołądkowego, opadający na dno naczynia, dostrzegamy w jednym szeregu przypadków liczny, bądź luźny, bądź w całych płatach występujący ziarnisto zmieniony nabłonek słupkowy, obok niego w wybitniejszych przypadkach można dostrzedz wypadnięte gruczoły trawieńcowe, nie otoczone tkanką łączną. Równocześnie całe pole widzenia zasiane jest gromadkami połyskujących ciałek, o których w swoim czasie [Gaz. Lek. 1886, Nr. 49] wyraziłem zdanie, że są one rozpadniętemi jądrami ciałek limfoidalnych, których protoplazma przez sok żołądkowy została strawioną. Wiele z tych gromadek otoczone jeszcze są nawet śladami niezupełnie strawionej protoplazmy, wskzującej na upośledzenie trawiennych

własności soku żołądkowego z powodu utajenia znacznej ilości kwasu solnego. W tych to przypadkach sok żołądkowy jest najczęściej mętny.

Inne znów przypadki nie przedstawiają pod drobnowidzem żadnych wypadniętych gruczołów trawieńcowych, a wyjątkowo tylko gdzieniegdzie rozrzucony odosobniony nabłonek słupkowy. Jądra komórek wypocinowych znajdują się w miernej ilości, są połyskujące i zwykle bez żadnego otoczenia protoplazmą. Soki tego rodzaju przedstawiają się przezroczyste lub opalizujące.

W sokach żołądków czczych kilku przypadków trwałego wydzielania kwasu solnego mogłem dostrzedz charakterystyczne morfotyczne twory, mające kształt linij spiralnych, które rozpoczynają się od ciemnego punktu, wewnątrz usadowionego, dającego początek ślimacznicy w kilka skrętów spiralnie zwiniętej. Przestwory między skrętami ślimacznicy są jasne, połyskujące. Same te postacie są różnej wielkości, luźnie lub w gromadkach występujące. Ślimacznice należy uważać jako twory powstałe przez działanie soku trawiącego na pewne tkanki, które się do żołądka z zewnątrz dostały.

Na podstawie przytoczonych faktów możemy rozróżnić przynajmniej dwa szeregi przypadków trwałego wydzielania kwasu solnego, które przedstawiają odrębne dla siebie właściwości.

I. W pierwszym szeregu przypadków napotykamy:

1. Zupełnie wolny kwas solny i odpowiednią mu siłę trawiącą w soku żołądkowym czczym.

2. Brak peptonów jako też innych ciał białkowatych w tymże.

3. Ilość płynu w żołądku czczym nie jest zbyt znaczną.

4. Sok czczy nie jest mętny i nie zawiera znacznej ilości strzępów białych.

5. Obok miernej ilości połyskujących jąder ciałek wypocinowych, innych składników morfotycznych pochodzących z błony śluzowej żołądka prawie zupełnie nie ma.

6. Obok objawów gastrycznych, występują jeszcze odległe, a zmienne zaburzenia w sferze czuciowej w postaci rozmaitych dolegliwości, które nawet nad objawami gastrycznemi górować mogą.

Z powyższych objawów wynika, że czynność chemiczna żołądka jest trwale podniecona, a podnieta ta ogranicza się tylko do narządu gruczołowego i pobudza tenże do ciągłego wydzielania. Czy ta podnieta tkwi w zmianach anatomicznych pierwiastków narządu wydzielniczego, czyli też po za tymże w układzie nerwowym samego żołądka, albo w ośrodkach nerwowych po za żołądkiem się znajdujących — rozstrzygnięcie tego pytania jest jeszcze obecnie niemożebne. Faktem jednak jest, że zboczenia w czynności gruczołów trawieńcowych idą tu w parze lub wywołują odruchowo zboczenia w rozmaitych obszarach nerwów czuciowych. Tego rodzaju przypadki trwałego wydzielania kwasu solnego można zupełnie dobrze nazwać według Reichmanna sokotokiem żołądkowym zwyczajnym (*Gastrorrhoea acida simplex*), nie przesądzając przez to ewentualnej podstawy patologicznej tego zboczenia.

Sokotok zwyczajny napotykamy przeważnie u osób młodszych, najwięcej z warstwy inteligentnej, szczególniej żydowskiej. Choroba jest długotrwałą,

latami się ciągnąca i wymaga nietylko leczenia miejscowego aptecznego i dyjetetycznego, ale i ogólnego skrzepiającego, jaki przy neurastenii stosujemy. Chorzy z tem cierpieniem są dość często niedokrwiści i słabo odżywiani, a doświadczenie uczy, że objawy chorobowe w tych przypadkach znikają najczęściej wtenczas, jeżeli odżywianie znacznie się poprawiło.

II. Dla drugiego szeregu przypadków przedstawiają się następujące właściwości.

1. Sok żołądka czczego zawiera kwas solny po części lub całkowicie utajony, a siła jego trawiąca jest po części lub całkowicie zniesiona.

2. W soku czczym znajduje się znaczniejsza ilość peptonów, a niekiedy nawet spora ilość białka.

3. Z żołądka czczego można wydobyć znaczniejszą ilość płynu.

4. Zawartość żołądka czcza bywa mętna i zawiera liczne strzępy białe.

5. Pod drobnowidzem dostrzega się złuszczony nabłonek zwyrodniały, częściowo wypadnięte gruczoły trawieńcowe i bardzo znaczną ilość jąder ciałek wypocinowych bez lub ze śladami protoplazmy.

6. W żołądku czczym, z powodu znaczniejszej ilości płynu, można wywołać pluskanie, chociaż nie ma już ani śladu pokarmów.

7. Przy badaniach trawienia żołądkowego, kwaśność miazgi pokarmowej na szczycie trawienia nie o wiele przewyższa kwaśność zawartości czczej, a może wypaść nawet mniejszą, niż ostatnia.

8. Najczęściej napotykamy równocześnie rozszerzenie i opóźnienie wydalania zawartości żołądkowej.

9. Objawy gastryczne bywają tu wybitne i górują nad dolegliwościami w odległych miejscach występującemi, szczególniej dokucza wielu chorym nadmierne pragnienie i „wilcze łaknienie“.

Szereg powyższych objawów stoi z sobą w ścisłym przyczynowym związku. Wskutek działania pewnych szkodliwości na błonę śluzową żołądka, nietylko narząd gruczołowy wydziela nadmiernie kwas solny, ale równocześnie przepacają naczynia ciałka białe i surowicę krwi, czem się tłómaczy obecność peptonu i białka, jako też znacznej ilości jąder ciałek wypocinowych w soku żołądkowym i utajenie pewnej części kwasu solnego przez te ciała. Trwałe podrażnienie błony śluzowej objawia się i w innych warstwach tejże, a mianowicie przez łuszczenie nabłonka i gruczołów trawieńcowych, wskazującego na wzmożone rozmnażanie i szybkie obumieranie komórek.

Stan ten podrażnienia jest tu do najwyższego stopnia posunięty, gdyż takie bodźce jak pokarmy, wprowadzone do żołądka, nie są w stanie zwiększyć siły wydzielniczej nad tą, jaka samowolnie już istnieje w czczym żołądku. Mamy więc stan zapalny przewlekły błony śluzowej, niczem nie różniący się od zmian zapalnych na innych błonach śluzowych, chyba pozornie tem, że dotąd nie napotkano ciałek wypocinowych w żołądku, a które zawsze występują w wydzielinach w przebiegu nieżytów np. jelit. Lecz te, jak to wykazałem i wyżej wspomniałem, jako takie wobec kwaśnego soku trawiącego istnieć nie mogą. Dostrzegamy je jednak pod postacią jąder będących szczątkami niedotrawionych ciałek wypocinowych. Zmiany anatomiczne przy tem zboczeniu wydzielniczem mogą

się uwidocznić makroskopowo. Miałem bowiem sposobność obserwowania dwóch przypadków nieżytu kwaśnego, do których jeszcze trzeci niżej przytoczony zaliczyć należy, z wybitnym obrazem *état mammeloné* na błonie śluzowej żołądka. Zmiany anatomiczne nie ograniczają się w tych przypadkach tylko do błony śluzowej, ale dosięgają głębszych warstw, co pociąga za sobą rozszerzenie, a prawdopodobnie i upośledzenie mechanizmu. Mamy więc w tych przypadkach trwałego wydzielania kwasu solnego do czynienia z wybitnemi zmianami anatomicznemi w samym żołądku, ze sprawą miejscową nacechowaną anatomicznie jako nieżyt błony śluzowej żołądka, dlatego tę sprawę od wyżej opisanej oddzielić należy i nazwać nieżytem kwaśnym (*catarrhus ventriculi acidus*), dla odróżnienia od nieżytu śluzowego (*catarrhus mucosus*), cechującego się upośledzeniem wydzielania kwasu solnego. Nazwa ta będzie nietylko symptomatyczną ale i anatomiczną, a co również ważne, nie zrywa z dawną tradycyją, według której, jak to z któregokolwiek dawniejszego podręcznika klinicznego przekonać się można, symptomatologija zwykle opisywanego nieżytu żołądkowego zupełnie licuje z tą symptomatologiją nieżytu kwaśnego, a wcale nie stoi w zgodzie z objawami dla nieżytu śluzowego.

Nieżyt kwaśny występuje przeważnie u osób wieku średniego i późniejszego. Osoby z tem cierpieniem stają się przy dłuższem trwaniu tegoż niedokrwiste i źle odżywiane, gdyż z powodu dolegliwości żołądkowych obawiają się wprowadzania pokarmów.

Jaki zachodzi związek między sokotokiem zwyczajnym a nieżytem kwaśnym stanowczo rozstrzygnąć nie można. Nie jest jednak wykluczone przypuszczenie, że pod wpływem ciągłego działania silnie trawiącego kwasu żołądkowego może warstwa nabłonkowa, tkanka międzygruczołowa i naczynia doznawać takiego drażnienia, że z czasem wytworzy się trwała zmiana anatomiczna w postaci nieżytu błony śluzowej; zdaje się zatem przemawiać ta okoliczność, że sokotok żołądkowy wydarza się w młodszym, a nieżyt kwaśny w późniejszym wieku. Że zaś nieżyt kwaśny może przejść po długiem trwaniu w nieżyt śluzowy, miałem sposobność obserwowania na jednym wieśniaku nadużywającym wódki, który to przypadek na innem miejscu został ogłoszony (*Münch. med. Wochen. 1887. Nr. 7, 8*). Ze stanowiska anatomicznego przejście z nadmiernego wydzielania kwasu solnego do zupełnego braku tegoż w ten sposób należy tłómaczyć, że ciągle bujająca tkanka międzygruczołowa wypiera z biegiem czasu całkowicie gruczoły, czyli że następuje zanik tychże.

Trwanie nieżytu kwaśnego jest długie. Co do uleczalności trwałego wydzielania kwasu solnego, to sądzi Honigmann (*München. med. Wochen. 1887. N. 47*), na podstawie kilku spostrzeżeń z kliniki Riegel'a, że osiągnąć jej nie można. Z tem zdaniem niezupełnie zgodzić się mogę, a to na podstawie własnych doświadczeń. Miałem bowiem kilka razy sposobność obserwowania, że nadmierne wydzielanie kwasu solnego w żołądku czczym z biegiem czasu się zmniejszyło, a nawet niekiedy przechodziło w niedowład wydzielniczy. Leczenie kwaśnego nieżytu żołądka powinno być w pierwszej linii skierowane do żołądka, t. j. miejscowe dyjetetyczno-lekarskie. Od wyłącznego stosowania środków ogólnie na wzmocnienie ustroju działających wiele oczekiwać nie można,

Mówiąc o sokotoku żołądkowym, nie mogę pominąć podniesienia tej okoliczności, że podmiotowe objawy gastryczne nie idą wcale zawsze w parze z objawami przedmiotowemi. Niejednokrotnie można napotkać chorych, szczególnie wieśniaków, u których wysoki stopień kwaśności soku w czczym żołądku zawartego albo znaczne łuszczenie się nabłonka wywołuje tylko nieznaczne albo żadne dolegliwości podmiotowe, podczas gdy u innych chorych, szczególniej u kobiet, sok żołądkowy nieznacznej tylko kwasności, lub mała zmiana anatomiczna w błonie śluzowej żołądka, daje powód do gwałtownych przypadłości gastrycznych. Zależy to widocznie od indywidualnej wrażliwości chorych, jak to się dzieje i w chorobach innych narządów: płuc, nerek i t. d., które raz mogą przedstawiać tylko nieznaczne zboczenia, a wywoływać silne przypadłości podmiotowe i czynnościowe, podczas gdy w innych przypadkach znaczne nacieki, wielkie jamy płucne, rozległy zanik nerek i t. p., bywają na pozór bez większych dolegliwości aż do końca życia względnie dobrze znoszone.

III. W przebiegu w r z o d u ż o ł ą d k a stwierdziło wielu autorów [von den Velden, Riegel, Rothschild, Boas i inni] znaczniejszą kwaśność miazgi pokarmowej, pochodzącą od kwasu solnego podczas samego aktu trawienia (*Hyperaciditas digestiva*). Z badań zaś prof. Korczyńskiego i moich (*Deutsche med. Wochensch. 1886. N. 47—49*), wynika, że mamy tu do czynienia właściwie z trwałem wydzielaniem kwasu solnego w postaci nieżytu kwaśnego. Tę częstą kombinacyję nieżytu kwaśnego z wrzodem żołądka łatwo sobie tem tłómaczyć, że błona śluzowa już anatomicznie zmieniona, będąca w warunkach nieprawidłowych, może na miejscach bardziej zmienionych uledz działaniu trawiącemu ciągle działającego soku żołądkowego. Z łatwością tu mogą powstać nadżarcia, dające powód do wytworzenia się właściwego wrzodu, a w następstwie i krwotoku. Że wytworzenie się wrzodu z następczem krwawieniem zależy od stopnia kwaśności, a względnie siły trawiącej zawartości żołądkowej, mieliśmy [Korczyński i Jaworski] sposobność obserwowania już dawniej, a mianowicie, że w przebiegu wrzodu kwaśność zawartości żołądkowej się powiększa, a na szczycie podniesienia się tejże występuje krwotok, poczem kwaśność znów opaść może. Wynika ztąd, że tak jak nieżyt śluzowy może być momentem usposabiającym do powstawania raka, tak nieżyt kwaśny sprzyja wytwarzaniu się wrzodu żołądkowego. Z tego punktu widzenia leczenie wrzodu żołądka polegać będzie na obniżeniu nadmiernie wygórowanej siły wydzielniczej narządu gruczołowego. Jako przykład kombinacyi nieżytu kwaśnego z wrzodem żołądkowym może posłużyć w i e l c e p o u c z a j ą c y wspólnie z kol. d-rem Surzyckim i d-rem Kemplem na klinice prof. Korczyńskiego ostatniemi czasy obserwowany p r z y p a d e k w r z o d u o k r ą g ł e g o żołądka, który zakończył się śmiercią i jest w stanie rzucić światło n a p o d s t a w ę a n a t o m i c z n ą t r w a ł e g o w y d z i e l a n i a kwasu solnego.

T. Ł., lat 60, nauczyciel. Przed trzema laty przebył w klinice prof. Korczyńskiego krwotok żołądkowy, a następnie wypisał się. Rozpoznano: *Ulcus ventriculi rot., catarrhus acidus et gastriectasia ventriculi.* Stwierdzono bowiem łuszczenie się nabłonka i chełbotanie w żołądku. Od tego czasu stan chorego się poprawił, objawy gastryczne ustąpiły, a odżywianie znakomicie się podniosło.

Dopiero ostatniej zimy [1887] chory, począł uczuwać od czasu do czasu gniecenie i ból w żołądku. Z tego powodu został przyjęty 7 Marca 1888 r., do kliniki stałej prof. Korczyńskiego. Przy badaniu przedmiotowem okazało się: chory dobrej budowy ciała i bardzo dobrego odżywiania, ze zboczeń jedynie tylko mierna bolesność przy dotykaniu okolicy żołądka, a w żołądku pluskanie o każdej porze dnia dające się wywołać.

Dnia 8. III. wydobyta zawartość czcza zawiera liczne strzępy białe bez śladów pokarmów, wykazuje kwaśność 21=0,7 665 *p. m.* HCl i wszystkie próby na HCl [papierki tropeolinowe, kongowe, rozczyn fijoletowy, anilinowy, jako też próbę floroglucyno-wanilinową] wypadły dodatnio, co miało także stale miejsce i przy badaniu wszystkich następnych płynów żołądkowych. W nocy tego samego dnia wystąpiły wymioty wodniste słabo sinawo zabarwione, o kwaśności 30=1,095 *p. m.* HCl.

D. 9. III. zwymiotował chory około ½ litra fusowatego płynu, którego przesącz okazywał kwaśność 42,0=1,533 *p. m.* HCl.

D. 10. III. pomimo zupełnego wstrzymania się od pokarmów wystąpiły dwa razy fusowate wymioty w ilości po pół litra o kwaśności 56=2,044 i 60=2,190 *p. m.* HCl.

D. 11. III. pojawiły się znów fusowate wymioty, ale tylko o kwaśności 40=1,460 i od tego czasu ustały na dni sześć.

Dopiero d. 17. III. bez widocznej przyczyny wymiotował chory ponownie przeszło jeden liter smołowo-czarnej masy o kwaśności 75=2,774 *p. m.* HCl.

Przy odpowiedniem leczeniu chory wielce niedokrwisty i bezsilny, przychodził do siebie, począł już jadać potrawy mięsne [szynkę, befsztyki] i miał zamiar d. 11. IV. opuścić zakład, gdy właśnie tego samego dnia dostał wymiotów i wyrzucił miazgę pokarmową bez śladów krwi o kwaśności 70=2,5585 *p. m.* dającą wszystkie oddziaływania na wolny kwas solny jaknajwybitniej, co i w następnych wymiocinach zauważono.

D. 12. IV. pojawiły się gwałtowne wymioty, w ilości półtora litra fusowatej masy o kwaśności 90=3,2895 *p. m.* HCl.

D. 13. IV. Wystąpiły takie same wymioty, lecz w skąpej tylko ilości o kwaśności 90=3,2895 *p m.* HCl, wśród których uczuł chory n a g l e s i l n y b ó l w b r z u c h u, poczem wystąpiła bladość i ziębienie skóry, oddech nieregularny, zapaść i śmierć tego samego dnia.

Sekcyja wykonana nazajutrz [d. 14. IV] w zakładzie prof. Browicza przez kolegę d-ra Hempla nie wykazała w żadnym narządzie zmian chorobowych, prócz żołądka, które zostały w protokóle sekcyjnym w następujący sposób opisane:

„Żołądek w części podstawowej r o z s z e r z o n y, połączony ścisłemi zrostami łączno-tkankowemi z dolną powierzchnią wątroby i trzustki, zawiera mierną ilość zawartości fusowatej, zmieszanej z wydzieliną śluzową. Na tylnej ścianie, w odległości jednego centymentra od odźwiernika, o t w ó r w i e l k o ś c i c e n t a, kształtu okrągławego, lejkowato drążący w głąb, ściśle za pomocą zbitej tkanki łącznej, stanowiącej dno, połączony z głową trzustki, podminowujący ściany żołądka i dwunastnicy. W odległości czterech centymetrów, ponad

otworem w części odźwiernikowej, dwie blizny, jedna podłużna, druga okrągława, zawierająca ślad rozłożonego barwnika krwi. Rozrost tkanki łącznej w okolicy otworu i blizna zajmuje tkankę podśluzową, mięsną i powłokę otrzewnową. Część odźwiernikowa węższa a powyżej otworu i blizn tkanka mięsna okrężna przerosła, luźnie połączona z warstwą podśluzową. Błona śluzowa żołądka szarawo-łupkowo zabarwiona, rozpulchniona, na szczytach nielicznych fałd nastrzyknięta, w dnie i części odźwiernikowej okazuje nieliczne rozsiane płaskie wyniosłości. Błona śluzowa dwunastnicy zasiana drobnemi wynaczynieniami, pulchna, pokryta obfitą wydzieliną śluzową, zmieszaną z żółcią. Jama brzuszna zawiera około trzech litrów cieczy mętnej, fusowatej. Na torebce wątrobowej i pętlicach jelit cienki pokład wysięku włóknikowego. Otrzewna ścienna, szczególniej w górnej części, matowa, pozbawiona połysku. Błona śluzowa dolnej części przewodu pokarmowego nie okazuje zmian. Kiszki wypełnione znaczną ilością zbitego kału".

„Gruczoł krokowy przerosły, tkanka łączna około-nerkowa opatrzona znaczniejszą ilością tłuszczu. Nerki, moczowody i pęcherz nie okazują zmian patologicznych".

Na tej podstawie zostało postawione następujące rozpoznanie anatomiczne: „*Ulcus rotundum ventriculi perforans ad partem posteriorem regionis pyloricae circumscriptum, subsequ. peritonitide septica; cicatrices pylori, gastrectasia et hypertrophia stratus muscularis; catarrhus ventriculi chronicus cum hyperplasia mucosa ventriculi, catarrhus duodeni acutus; concretiones ventriculi cum hepate et pancreate*".

W tym pouczającym przypadku okazało się, że trwałe wydzielanie kwasu solnego, które w powyższej formie nieżytem kwaśnym nazwałem, trwa długo, lecz może doznać polepszenia. W czasie wzmagania się nieżytu żołądka może się rozwinąć wrzód, który w miarę jak kwaśność się powiększa nie ma skłonności do zabliźnienia, lecz drąży wszersz i wgłąb, tak, że podwyższanie się kwaśności może doprowadzić do krwotoku, a ostatecznie do przebicia wszystkich warstw żołądka. Skoro kwaśność soku żołądkowego się zmniejsza, dalsze szerzenie się wrzodu ogranicza się. Z przebiegu choroby wynika dalej, że wydzielanie kwasu solnego w tych stanach chorobowych dochodzi do kolosalnych rozmiarów, gdyż pomimo rozcieńczenia, zobojętnienia i zużycia kwasu solnego do trawienia kolosalnej ilości [kilka litrów] krwi wynaczynionej, kwaśność zawartości żołądkowej okazała się jeszcze bardzo znaczną. Okazuje się jeszcze to charakterystyczne zjawisko, że siła wydzielnicza gruczołów trawieńcowych stoi w odwrotnym stosunku do ilości krwi w naczyniach krążącej. Im więcej niedokrwistym stawał się chory z powodu upływu krwi, tem większa ilość kwasu solnego się wydzielała, tem więcej szerzył się wrzód. Co do podstawy trwałego i nadmiernego wydzielania kwasu solnego, okazało się, że ta była anatomiczną, a mianowicie polegała ona według powyższego opisu sekcyjnego na przewlekłych zmianach nieżytowych w błonie śluzowej z przerostem łączno-tkankowym w postaci *état mammeloné*. Wynika więc ztąd, że istnieją, nietylko postacie

trwałego wydzielania kwasu solnego bez zmian, a więc funkcyjonalne, jak to chcą mieć wyłącznie Riegel, Noorden, Rosenthal, Glaz i inni, ale także i takie, które biorą swój początek w zmianach anatomicznych [w stanie zapalnym] błony śluzowej.

---

rwałego wydzielania kwasu solnego bez zmiany, a więc funkcjonalne, jak to
chcą ale wyłącznie Riegel, Noorden, Rosenthal, Grassini, ale także i ta-
kie, które biorą swój początek w zmianach chorobowych w sta-
nie zapalnym błony śluzowej.